

お体の状態をお聞かせ下さい

フリガナ

お名前

男・女 才

ID

1. いつ頃からどこが悪いのかをお願いします。(頃から)

当てはまるものすべてに○を付けて下さい。

<input type="checkbox"/>	おしっこの出が悪い	<input type="checkbox"/>	尿が赤い・血が混じっている
<input type="checkbox"/>	おしっこの後も残っている	<input type="checkbox"/>	背中が痛い・結石が心配
<input type="checkbox"/>	おしっこの時に痛みがある	<input type="checkbox"/>	睾丸が腫れている
<input type="checkbox"/>	急に尿意を感じる	<input type="checkbox"/>	睾丸が痛い
<input type="checkbox"/>	尿意を我慢できない	<input type="checkbox"/>	勃起の機能が低下した
<input type="checkbox"/>	おしっこのもれがある	<input type="checkbox"/>	性病が心配
<input type="checkbox"/>	おしっこが近い 昼 回	<input type="checkbox"/>	健診で尿潜血を指摘された
<input type="checkbox"/>	夜おしっこに起きる 回	<input type="checkbox"/>	前立腺癌が心配

その他 お困りの症状などがありましたらご記入下さい。

2. 現在治療中の病気はありますか？ ○を付けて下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 結核 喘息 緑内障

その他 ()

内服薬 ()

3. アレルギー (薬・食物) はありますか？

はい () ・ いいえ

4. 今まで大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

はい () ・ いいえ

手術 ()

5. 現在妊娠している、もしくは妊娠している可能性はありますか？

はい () ・ いいえ

6. 現在生理中ですか？ はい ・ いいえ

ご記入頂きました個人情報は診療行為以外の目的には使用致しません。